



## Rastreamento Obrigatório do VIH em estantes ma Reeo iotia

---

Cristiano Corrêa Batista<sup>1</sup>

iana Bia o

---

**Resumo:** Com a heterossexualização da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, maior número de mulheres passaram a ser afetadas pela doença, principalmente aquelas em idade reprodutiva. Cabe à sociedade, frente a inúmeros questionamentos referentes ao binômio mãe/feto, buscar respostas que valorizem os cuidados de obstetrícia e promovam ações efetivas de proteção individual. O presente artigo procura abrir uma discussão em torno do tema “rastreamento universal obrigatório” do vírus da imunodeficiência humana em pacientes gestantes durante o pré-natal e parto, enfocando os princípios bioéticos da autonomia, privacidade e confidencialidade.

---

### Introdução

Nos dias atuais, o panorama epidêmico da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana ( VIH ) tornou-se ainda mais preocupante. Com a heterossexualização, progressivamente, maior número de mulheres são afetadas pela doença. No início de sua descoberta, a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida ( SIDA ) parecia afetar países mais industrializados. No entanto, com o passar do tempo, verificou-se que essa enfermidade tem atingido em larga escala os países mais pobres.

---

<sup>1</sup> Professor e pesquisador da UCPel, Coordenador do Grupo de Pesquisas em Bioética da UCPel, PhD.

<sup>2</sup> Professora e pesquisadora da UCPel, membro do Grupo de Pesquisas em Bioética da UCPel, PhD.

A pandemia SIDA foi primeiramente notificada na década de 80 pelo Centro de Controle de Doenças, nos Estados Unidos da América e já duas décadas depois, ela atinge aproximadamente 34,3 milhões de pessoas em mais de 150 países em todo o mundo. No Brasil, até março de 2002, em torno de 237 000 casos foram notificados ao Ministério da Saúde (1). O continente africano é considerado o mais afetado pela SIDA. Aproximadamente 70 % de todos os adultos e crianças vivendo com SIDA no mundo residem na África. Lá a SIDA é registrada como a principal causa de morte superando até mesmo os conflitos militares. Em 1999, 1,4 milhão de pessoas morreram de SIDA no leste e sul da África. As projeções são de que, na África do Sul, a epidemia irá alcançar o seu pico em 2010 com 6 milhões de pessoas infectadas e aproximadamente 52 % de todas as mortes serão relacionadas à SIDA (2).

O impacto da SIDA na mortalidade, primeiramente, tem seu foco ligado a indivíduos soropositivos. No entanto, a epidemia tem afetado a mortalidade, também, por outros caminhos. Com o advento da SIDA ressurgiram doenças como, por exemplo, a tuberculose, entre outras com poder de se alastrar para a população soronegativa. Além disso, a SIDA, ao afetar, em grande parte, a população de idade mais jovem, causa repercussões na capacidade de trabalho das pessoas enfermas, amplia a pobreza, a miséria e a desnutrição e, certamente, isso se traduz no aumento da mortalidade (3).

Em 1997, um estudo realizado na Argentina registrou ser o perfil da população feminina enferma naquele país de mulheres jovens entre 25 e 30 anos e adolescentes entre 15 e 24 anos e mostrou que 67 % das mulheres enfermas tinham menos de 30 anos (4). Esse estudo aponta para a contaminação de mulheres em idade precoce tornando-se enfermas em plena idade reprodutiva. Muitas interrogações oriundas de tal fato buscam respostas da sociedade referentes ao binômio mãe/feto. Controvérsias e dilemas emergem em um contexto ideológico, cultural e social particular, pondo em questão temas como autoridade médica, direitos individuais, direitos coletivos e direito reprodutivo das mulheres.

Apesar de, nos últimos anos, os avanços nos cuidados e nas terapias contra o vírus da imunodeficiência humana resultarem em significativa melhora na sobrevivência dos pacientes, o declínio na taxa de mortalidade vem demonstrando um platô. Nos Estados Unidos da América, por exemplo, especialmente em áreas urbanas onde a infecção pelo VIH está mais concentrada, como em Nova Iorque, na Flórida e no Distrito de Colúmbia, a SIDA, desde 1998,

permanece como importante causa de morte para adultos jovens (5).

Os conflitos em relação à SIDA, de modo geral se originam em dois pontos: a) o medo do risco de contágio por uma enfermidade, até os dias de hoje, fatal; b) o temor de os pacientes, ao contrair a infecção, serem culpados, discriminados e isolados da convivência social. Essa discriminação e isolamento se mostram presentes em todas as dimensões incluindo, também, a assistência à saúde. No Brasil, por exemplo, isso se verifica na medida em que somente alguns centros são autorizados a fazer ou aceitam o tratamento de pacientes com quadro de SIDA.

### **1. Prevenção e Proteção da Transmissão vertical**

A transmissão da SIDA se dá sob três formas: através de sangue contaminado, contato sexual não-protetido com parceiro infectado e pela transmissão vertical ( gravidez, parto e lactação ). A transmissão vertical do VIH é um problema crescente e urgente, principalmente em locais onde os recursos são mais escassos como, por exemplo, nos países pertencentes ao continente africano e na América Latina.

Diretrizes para a amamentação, por exemplo, preparadas pela UNIAIDS, Organização Mundial da Saúde ( OMS ) e UNICEF em 1998, procuram promover completa escolha informada dos métodos de alimentação infantil para as mães soropositivas. Elas recomendam que a amamentação continue sendo protegida, promovida e suportada apenas pelas mães soronegativas, bem como por outras mulheres com “status” não conhecido, já que a amamentação realizada por mulheres soropositivas é um fator significativo para a transmissão do VIH. Apesar disso, aconselhar a alimentação infantil muitas vezes torna-se difícil, pois fórmulas de dietas são raramente apropriadas para a maioria das crianças em locais de poucos recursos. Um exemplo disso foi um estudo realizado na Tanzânia, publicado em 2002, o qual procurou investigar como os conselheiros de SIDA/VIH percebiam os dilemas das mulheres infectadas ao decidirem sobre a opção de alimentar seus bebês. Os resultados do estudo mostraram dificuldades no aconselhamento e tais complicações foram motivadas, muitas vezes, pela carência de meios para comprar leite de vaca ou leite em pó e pelo risco de estigmatização das mães ao serem identificadas como contaminadas pelo VIH. O estudo concluiu que, apesar das diretrizes da UNIAIDS, OMS e UNICEF para assegurar a oportunidade da escolha informada sobre as

possibilidades de alimentar os bebês, essa escolha é seriamente comprometida (6).

Outro aspecto na prevenção da SIDA é o uso de drogas anti-retrovirais. Tais medicações podem reduzir a transmissão mãe/feto, pelo menos em populações selecionadas de mulheres relativamente saudáveis. Os objetivos da terapia anti-retroviral são: reduzir a concentração do vírus e da carga viral e, se possível, mantê-la em níveis indetectáveis, tornando a evolução da doença mais lenta.

Em 1994, o Grupo de Ensaio Clínico Pediátrico para SIDA ( PACTG ) demonstrou que uma terça parte do regime com Zidovudina, um inibidor nucleosídeo da transcriptase reversa, poderia reduzir a transmissão perinatal do VIH em aproximadamente 70 %. Atualmente, com a terapia anti-retroviral e intervenções obstétricas, uma mulher que conhece sua condição de soropositividade precocemente durante a gestação tem menos de 2% de chance de dar à luz uma criança infectada pelo VIH (7). Apesar de a terapia com Zidovudina ter reduzido a transmissão perinatal de 25,5 % para 8,3 %, para muitas mulheres essa terapia pode não ser uma opção viável. Muitas vezes elas se encontram em estágio tardio de progressão da doença ou procuraram tardiamente os cuidados de pré-natal, podendo ainda terem utilizado Zidovudina anteriormente à gravidez ou estarem inaptas ou não-desejosas de seguir o regime estudado, além de, em muitas situações, não tolerarem a medicação. Outra droga envolvida na prevenção da transmissão vertical é a Neviparina, um inibidor não-nucleosídeo da transcriptase reversa. Essa última droga demonstrou reduzir consideravelmente a carga viral. Porém, seus efeitos terapêuticos foram observados por quatro semanas e logo após, aparentemente, o VIH começou a desenvolver resistência. Além disso, tem sido registrado que a Neviparina pode causar hepatites e reações cutâneas graves ameaçadoras à vida (8, 9).

A adesão ao tratamento é fator importante para se obter maior benefício com esses tratamentos. No entanto, é de conhecimento geral que vários fatores podem influenciar tal decisão: dosagem das medicações; progresso da doença; frequência e severidade dos efeitos colaterais; conflitos com a rotina diária; fatores psicológicos como estresse, raiva e negação; condições físicas como a fadiga; opiniões negativas sobre o tratamento e inadequado conhecimento da doença. Aderir ao tratamento tem relação inversamente proporcional ao número de medicações, à frequência da dosagem, ao aumento da complexidade e à duração do tratamento (10).

O manejo obstétrico é outra forma de intervir na transmissão vertical da SIDA. A cesareana tem sido proposta porque, ao evitar a expulsão do feto pelo canal vaginal, o risco de transmissão vertical seria reduzido em 50 %. Os fatores obstétricos que, consistentemente, têm mostrado associação com risco de transmissão vertical são: o tipo de parto e o tempo decorrido após a ruptura das membranas. O risco de transmissão aumenta, aproximadamente, em 2 % a cada hora após 24 horas das membranas estarem rotas. Apesar disso, existem sugestões no sentido de que, quando a carga viral estiver muito baixa ou até mesmo indetectável, o parto vaginal possa ser considerado. Quando o parto vaginal for planejado, as membranas deverão ficar intactas até a iminência da expulsão do feto (9).

A questão religiosa parece ser outro caminho para diminuir a transmissão da SIDA. Tem sido abordada e considerada a existência de um papel importante da religião como fator preditor de proteção para a SIDA e para o comportamento de risco. Pesquisadores acreditam que crenças e práticas religiosas poderiam influenciar o comportamento individual no referente ao descuido com o comportamento sexual. Desse modo, seria possível diminuir um dos principais facilitadores da expansão da SIDA. Assim, a interferência da religião, principalmente daquelas que procuram prestar consistentes informações sobre o tema, teria papel relevante na implementação de estratégias preventivas para SIDA, embora não exista consenso quanto a esse papel protetor em larga escala (11).

## **2. Conhecimento e Rastreamento Pré-Natal**

O rastreamento (*screening*) pré-natal é um meio, pelo qual doenças são detectadas precocemente durante a gravidez, antes de a gestante ter experimentado sintomas e procurado atenção médica. As atitudes das mulheres em relação ao rastreamento para o VIH durante a gravidez tem sido pouco estudado. Sabe-se, contudo, que tal procedimento em mulheres grávidas tem diferentes conotações morais do que o feito para aquelas que não estão. As não-grávidas identificam o risco para uma possível infecção pelo VIH e solicitam a testagem. Mas grávidas, ele envolve a identificação de indivíduos com potencial não-reconhecido para a doença em uma população presumivelmente saudável. A identificação de indivíduos com testes positivos dentro dessa população dita “saudável” carrega consigo uma conotação moral estigmatizante.

A conotação moral estigmatizante conseqüente ao desenvolvimento da soropositividade promove a identificação de diferenças, a construção de esteriótipos, a separação de pessoas dentro de categorias distintas e uma completa dinâmica de desaprovação. Esta, por sua vez, guia os atos de rejeitar, excluir e discriminar (12).

Um estudo canadense, publicado em 2001, procurou descrever como as mulheres experimentam o rastreamento pré-natal para o VIH (13). Conforme eles as mulheres foram recrutadas em hospitais terciários, clínicas de saúde e centros de saúde comunitários. Os resultados mostraram que elas concordam quanto à importância do rastreamento, mas recusam-se a serem testadas, porque avaliam serem seus riscos pessoais muito baixos. Também decidem serem testadas durante a gravidez porque desejam ter crianças saudáveis, e freqüentemente tomam essa decisão mesmo se estiverem desinformadas sobre o que lhes acontecerá se o resultado do teste for positivo. Também elas têm poucas informações sobre quais tratamentos estariam envolvidos, o risco atual do feto vir a tornar-se VIH + e como o tratamento poderia reduzir tal risco.

Em 2002, um estudo realizado nos Estados Unidos da América mostrou significativo aumento no número de mulheres que não aceitavam a testagem pré-natal para VIH. Isso ocorreu a partir do momento em que foi instituído o registro nacional e a notificação obrigatória do parceiro. Esse estudo também demonstrou que fatores associados à baixa condição socioeconômica diminuem a probabilidade de testagem do VIH (14).

No Brasil, um estudo publicado em 2002 procurou conhecer o impacto da descoberta do estado de soropositividade em gestantes em fase tardia para a profilaxia da contaminação vertical (15). Essa investigação demonstrou que a mulher, ao ser admitida em uma maternidade, encontra-se em situação estressante. Tal condição é independente da classe social, número de filhos que já teve ou da equipe que irá prestar o atendimento. Ficar sabendo da contaminação pelo VIH no momento em que se inicia o trabalho de parto pode, muitas vezes, significar uma somatória de situações modificadoras do seu desenvolvimento afetivo. Outro dado importante do estudo foi o fato de as gestantes saberem de seu estado de soropositividade antes de o parto não implicar em diferença na evolução da parturiente e da criança. O uso do protocolo do Ministério da Saúde do Brasil para a profilaxia da

transmissão vertical não se associou a achados significativamente diferentes daqueles que não faziam o uso ideal desse protocolo.

Embora exista a recomendação para a testagem universal do antiVIH em gestantes (16), na prática, muitas pacientes não a aceitam e outras nem recebem cuidados de pré-natal. O resultado disso é a omissão da terapia anti-retroviral precoce quando justamente ela está mais indicada e poderia guiar a um provável desfecho desfavorável para o nascituro.

### **3. O conflito em relação ao rastreamento do VIH**

A determinação da testagem obrigatória com testes rápidos para a detecção do anticorpo contra o VIH entre parturientes sem rastreamento prévio, muitas vezes cria situações muito complexas. A Declaração sobre SIDA/VIH, elaborada no II Congresso Mundial de Bioética em 2002 (17), na cidade de Gijón, Espanha, determina que em nenhum caso deverão ser realizados exames para detecção de anticorpos referentes ao vírus da SIDA sem a examinada saber e dar seu consentimento informado, garantindo-se, em qualquer caso no processo de tomada de decisão do ato e de confirmação, a necessária ajuda psicológica, médica e social. Deve ser levado em conta não somente o princípio da autonomia em relação ao rastreamento, mas também a confirmação do anonimato, o respeito à intimidade e o estrito cumprimento da confidencialidade.

Os esforços em realizar a testagem obrigatória no pré-natal podem não ser tão efetivos quanto se deseja, pois ela abre um espaço para motivar a não-procura de cuidados pré-natais. Políticas que respeitem a autonomia, a confidencialidade e a privacidade das mulheres podem produzir resultados mais desejáveis. Uma relação médico/paciente que procura oferecer sem obrigar a testagem pré-natal do VIH, ao mesmo tempo que proporciona, às gestantes, informações adequadas, aconselhamento apropriado e suporte de serviços efetivos pré e pós-parto, tende a promover o cumprimento integral da ação médica, isto é, a prevenção, a proteção e a promoção da saúde.

O princípio da autonomia no referente ao VIH estabelece um conflito entre o direito das autoridades sanitárias de zelar pela saúde pública e o respeito pela autonomia da pessoa. Medidas legítimas tomadas pelas autoridades públicas no sentido de zelar pela saúde de seus cidadãos muitas vezes podem diminuir a liberdade deles. Se as pacientes não estiverem bem preparadas, o choque a que estarão expostas ao receber o diagnóstico poderá

afetar gravemente sua saúde emocional com conseqüências negativas tanto para elas quanto para o resto da família. Uma rotina de testagem é melhor do que uma testagem obrigatória, pois esta se configura uma violação da autonomia da mulher. A testagem obrigatória pode polarizar a relação médico/paciente e, a longo prazo, motivar as mulheres a aceitarem menos os aconselhamentos terapêuticos. De um modo geral, seria mais prudente optar por medidas de informação, com ênfase em uma relação colaborativa.

O princípio da confidencialidade é um dos pilares mais estáveis para fundamentar a relação médico/paciente. Ele não se limita a manter a confidência em nível pessoal, mas também se estende a propiciar a cautela, no mesmo sentido, dentro de toda equipe de saúde e a todos aqueles relacionados às informações sobre o paciente. Atualmente, apenas uma suspeita de soropositividade se associa a sérios problemas que transcendem o campo da atuação médica e geram conflitos referentes à vida social, à educação e ao emprego. Do mesmo modo o direito à privacidade não é apenas uma condição ética mas também um caminho eficaz para combater a SIDA. Se a população visualizar o diagnóstico da SIDA como fonte de discriminação, o medo de perder a família, a casa, o emprego, o colégio muito antes de perder a vida motivará, mais uma vez, a tendência negativa para a evolução diagnóstica, impedindo a educação, o aconselhamento médico e social do infectado, ponto fundamental para reduzir o risco de difundir a infecção (18).

Porque a testagem obrigatória pré-natal pode infringir o direito de privacidade e confidencialidade das pacientes gestantes, é preciso questionar, em primeira instância, o que a sociedade fará com a informação obtida sobre uma paciente que com teste positivo. Seria o rastreamento universal compulsório em gestantes necessário para proteger a saúde pública? Que medidas reais e efetivas estão ou deveriam estar sendo tomadas pela sociedade no sentido de oferecer suporte psicológico, nutricional e educacional para as mães e para seus filhos após o parto?

Em países como o Brasil, por exemplo, onde as desigualdades sociais são amplas, se a sociedade não promover um suporte de proteção individual estabelecendo regras firmes contra a quebra de confidencialidade e contra a discriminação tanto na família, no emprego, na escola e na vida social, os riscos da testagem universal se sobreporão aos benefícios. A infecção pelo VIH é mais prevalente em pessoas que apresentam comportamento de risco e, por isso, o rastreamento em populações com baixa prevalência de infecção pode produzir altas taxas de falsos

positivos, o que acaba sendo muito custoso e pouco efetivo. Promover a abrangência dos cuidados de pré-natal bem como melhorias nas relações médico/paciente tornando-as mais educativas e colaborativas, talvez possa ser um caminho que, efetivamente, interfira na diminuição do risco de transmissão vertical

### **Conclusão**

O rastreamento do VIH em pacientes gestantes é uma realidade nos dias atuais. Algumas vezes, as razões para a testagem se fundamentam apenas no cumprimento de protocolos, e no medo de uma possível contaminação, em todos os níveis, de quem presta assistência. Isso gera sentimentos de insegurança e aumenta ainda mais o medo do outro. Segundo Javier Gafo (19), um rastreamento do VIH para ser obrigatório, deveria buscar a sanidade pública onde os benefícios possam superar os riscos e não exista outra alternativa de ação. Além disso, as políticas devem lesar o menos possível a liberdade, a privacidade e a confidencialidade do ser humano.

Em nosso entendimento, a medicina precisa, urgentemente, intervir com ações efetivas que promovam relações médico/pacientes em sociedades mais colaborativas e menos estigmatizantes. De um modo geral, a SIDA está-se tornando uma doença crônica e o rastreamento pré-natal deve traduzir-se em medidas benéficas para as enfermas em todas as suas dimensões; em proteção para todas as pessoas que poderão tornar-se enfermas devido a seus contatos; em menos curiosidade e mais auto-proteção para os profissionais que lidam com a saúde, bem como menos enfoque absoluto em dados e informações estatísticas.

As relações médico/pacientes que promovem a educação, ou seja, a orientação seguida de entendimento pelas pacientes, a manutenção da privacidade, da confidencialidade e do respeito à sua autonomia são, indubitavelmente, medidas mais efetivas e geram mais confiança e segurança. O aconselhamento médico, no sentido de ofertar a testagem, talvez traga melhores resultados em prevenir a difusão da SIDA do que a obrigatoriedade de fazê-la.

**Summary:** With the heterosexuality of the Acquired Immunodeficiency Syndrome, a higher number of women have been affected by the disease, especially those at reproductive age. In face of this, Society has to seek answers for the innumerable questions referring to the mother/fetus binomial. These answers must value obstetric care and promote effective actions for individual security. This article aims to start debate on "mandatory universal screening" of HIV in pregnant patients during antenatal and childbearing care focusing on the bioethic principles of autonomy, privacy and confidentiality.

---

### **Referências**

1. Succi CdM, Succi RCdM. Conhecimento de Ética Médica e Aids entre Pacientes HIV+, Alunos de Medicina e Médicos. *Revista Brasileira de Educação Médica* 2003;27(2):134 - 40.
2. Niekerk AAv. Moral and Social Complexities of AIDS in Africa. *Journal of Medicine and Philosophy* 2001;27(2):143 - 62.
3. Blacker J. The impact of AIDS on adult mortality: evidence from national and regional statistics. *AIDS* 2004;18(suppl 2):S19 - 26.
4. Mon ADd, Montes AG. ¿Quién Cuida De Las Mujeres ? El VIH/SIDA en la atención pública da la salud. Síntesis de Investigación. *Revista do Hospital Materno Infantil Ramón Sardá* 1997;16(1):25 - 34.
5. Selwyn PA, Rivard M, Kappell D, Goeren B, LaFosse H, Schwartz C, et al. Palliative Care for AIDS at a Large Urban Teaching Hospital: Program Description and Preliminary Outcomes. *Journal of Palliative Medicine* 2003;6(3):461 - 74.
6. Paoli MMd, Manongi R, Klepp K-I. Counsellor's Perspectives on Antenatal HIV Testing and Infant Feeding Dilemmas Facing Women with HIV in Northern Tanzania. *Reproductive Health Matters* 2002;10(20):144 - 56.
7. Gross E, Burr CK. HIV Counseling and Testing in Pregnancy. *New Jersey Medicine* 2003;100(9):21 - 6.
8. Benson M, Shannon M. Neviparine: ethical dilemmas and care for HIV-infected Mothers. *FOCUS* 1995;10(7):5 - 6.

9. Association BH. Guidelines for the management of HIV infection in pregnant women and the prevention of mother-to-child transmission. *HIV Medicine* 2001;2:314 - 34.
10. García PR, Côté JK. Factors Affecting Adherence to Antiretroviral Therapy in People Living With HIV/AIDS. *Journal of The Association of Nurses in AIDS Care* 2003;14(4):37 - 45.
11. Takyi BK. Religion and women's health in Ghana: insights into HIV/AIDS preventive and protective behavior. *Social Science & Medicine* 2003;56:1221 - 34.
12. Castro A, Farmer P. Understanding and Addressing AIDS-Related Stigma From Anthropological Theory to Clinical Practice in Haiti. *American Journal of Public Health* 2005;95(1):53 - 9.
13. Katz A. HIV Screening in Pregnancy: What Women Think. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing* 2001;30(2):184 - 91.
14. Dolbear GL, Wojtowycz M, Newell LT. Named Reporting and Mandatory Partner Notification in New York State: the effect on consent for perinatal HIV testing. *Journal of Urban Health* 2002;79(2):238 - 44.
15. Neto LFS, Silva SC, Condi GG, Pinto PCC, Novo NF. O Impacto do Conhecimento Prévio da Soropositividade em Parturientes. *Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis* 2002;14(5):20 - 4.
16. Prevention CfDCA. Revised Recommendations for HIV Screening of Pregnant Women. *MMWR Recommendations and Reports* 2001;50(RR19):63 - 85.
17. Bioethics ISo. Declaration about HIV/AIDS. In.: II World Conference on Bioethics; 2002.
18. Nogales-Gaete J. Neurología e Infección por el VIH-SIDA: Problemas Éticos. *Revista Médica de Chile* 1994;122:1199 - 206.
19. Gafo J. *Bioética Teológica*. 1a. ed. Madri: Desclée de Brower SA; 2003.